

Perfil epidemiológico de Sífilis Gestacional e Congênita em uma região de fronteira do estado de Mato Grosso, entre 2012 e 2018

Epidemiological profile of Gestational and Congenital Syphilis in a border region of the state of Mato Grosso, between 2012 and 2018

DOI:10.34119/bjhrv6n4-031

Recebimento dos originais: 05/06/2023

Aceitação para publicação: 03/07/2023

Ternize Mariana Guenkka

Mestre em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso

Endereço: Rua Quarenta e Nove, 2367, Boa Esperança, Cuiabá - MT, CEP: 78060-900

E-mail: ternizeguenkka@gmail.com.

Nereide Lucia Martinelli

Doutora em Ciências

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso

Endereço: Rua Quarenta e Nove, 2367, Boa Esperança, Cuiabá - MT, CEP: 78060-900

E-mail: nereidemartinelli@gmail.com

Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso

Endereço: Rua Quarenta e Nove, 2367, Boa Esperança, Cuiabá - MT, CEP: 78060-900

E-mail: neuciani@yahoo.com.br

RESUMO

A sífilis congênita é transmitida ao feto quando a gestante não recebe tratamento adequado para a sífilis durante a gravidez. Esta condição pode levar a manifestações clínicas, aborto e até morte fetal. No Brasil, no ano de 2018, foram notificados 26.219 casos de sífilis congênita, sendo 1.469 casos na Região Centro-Oeste e 204 no Estado de Mato Grosso. Esses dados indicam que a sífilis gestacional e congênita permanecem como desafios para a saúde pública brasileira, mesmo sendo uma doença facilmente prevenível. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita em uma região de fronteira do Estado de Mato Grosso, no período de 2012 a 2018. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, de base secundária, referente à Região de Saúde Oeste Mato-grossense. A fonte dos dados foi o Repositório dos Sistemas de Informação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. No período analisado, para cada 1.000 nascidos vivos, a taxa de detecção de sífilis gestacional foi de 7,96 e a taxa de incidência da sífilis congênita foi de 2,58. A maioria das gestantes pertencia à faixa etária de 20 a 29 anos e possuía a raça/cor parda. Além disso, aproximadamente 65% delas residia na sede da região (município de Cáceres) e possuíam o ensino fundamental incompleto/completo. No que diz respeito à condição de saúde, 49,70% delas foi classificada com sífilis primária e a maioria dos parceiros não foi tratado concomitante à gestante. Entre as gestantes que tiveram filhos com sífilis congênita e fizeram o pré-natal, 51,85% obtiveram o diagnóstico de sífilis durante ele, mas 66,67% dos esquemas de tratamento prescritos foram considerados inadequados. Conclui-se que as taxas de incidência de sífilis gestacional e congênita na região são elevadas quando

comparadas às taxas preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde, e podem estar associadas a falhas na assistência, na classificação e no tratamento da doença. É importante destacar que, por ser uma região de fronteira internacional, a proximidade geográfica entre diferentes países e a migração existente podem contribuir significativamente para a disseminação de doenças como a sífilis gestacional e a sífilis congênita. Portanto, é necessário fornecer educação continuada sobre sífilis para os profissionais de saúde, visando a implementação das normativas do Ministério da Saúde para a prevenção, controle e tratamento da sífilis, somadas às ações educativas para a população.

Palavras-chave: infecções sexualmente transmissíveis, Sífilis, gestantes, Sífilis Congênita.

ABSTRACT

Congenital syphilis is transmitted to the fetus when the pregnant woman does not receive adequate treatment for syphilis during pregnancy. This condition can lead to clinical manifestations, miscarriage and even fetal death. In Brazil, in 2018, 26,219 cases of congenital syphilis were reported, with 1,469 cases in the Midwest Region and 204 in the State of Mato Grosso. These data indicate that gestational and congenital syphilis remain challenges for Brazilian public health, even though it is an easily preventable disease. The objective of this study was to describe the epidemiological profile of reported cases of gestational and congenital syphilis in a border region of the State of Mato Grosso, from 2012 to 2018. This is a descriptive study, with a quantitative approach, with a secondary basis, referring to the Oeste Mato-grossense Health Region. The source of the data was the Repositório dos Sistemas de Informação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. In the analyzed period, for every 1,000 live births, the detection rate of gestational syphilis was 7.96 and the incidence rate of congenital syphilis was 2.58. Most of the pregnant women belonged to the age group of 20 to 29 years and were brown. In addition, approximately 65% of them lived in the seat of the region (municipality of Cáceres) and had incomplete/complete primary education. With regard to health condition, 49.70% of them were classified as having primary syphilis and most partners were not treated concomitantly with the pregnant woman. Among pregnant women who had children with congenital syphilis and underwent prenatal care, 51.85% were diagnosed with syphilis during it, but 66.67% of the prescribed treatment schemes were considered inadequate. It is concluded that the incidence rates of gestational and congenital syphilis in the region are high when compared to the rates recommended by the Pan American Health Organization, and may be associated with failures in care, classification and treatment of the disease. It is important to highlight that, as it is an international border region, the geographic proximity between different countries and existing migration can significantly contribute to the spread of diseases such as gestational syphilis and congenital syphilis. Therefore, it is necessary to provide continuing education on syphilis for health professionals, with a view to implementing the Ministry of Health's regulations for the prevention, control and treatment of syphilis, in addition to educational activities for the population.

Keywords: sexually transmitted infections, Syphilis, pregnant, Congenital Syphilis.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sexualmente transmissível e considerada de fácil prevenção e tratamento, mas apresenta alta incidência, ampla variedade de manifestações sistêmicas e tem sido alvo de controle e eliminação pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) (1,2). A sífilis congênita acontece via transmissão transplacentária da gestante para seu feto devido à falta de tratamento ou tratamento inadequado da sífilis em gestantes (3).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória desde 1986 e a sífilis em gestantes tornou-se em 2005 (4). Desde 2010, os Estados-Membros da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) pactuaram metas para eliminação da transmissão da sífilis até o ano de 2015. Uma das metas consistia em reduzir a incidência de sífilis congênita para 0,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos (NV), incluindo natimortos. Contudo, no Brasil, no ano de 2018, para cada 1.000 NV, foram notificados 21,5 casos de sífilis em gestantes, sendo 20,9% superior à taxa observada no ano anterior e 9,0 casos de sífilis congênita. No Estado de Mato Grosso, no mesmo ano, a taxa de detecção de sífilis gestacional foi de 13,6 casos por 1.000 NV e a taxa de incidência de sífilis congênita foi de 3,6 casos por 1.000 NV (4).

Os dados descritos no panorama brasileiro e no Estado de Mato Grosso, além de outros indicadores e fatores, como o interesse da comunidade, prevalência, gravidade, possibilidade de controle e potencial epidêmico caracterizam a sífilis congênita como problema de saúde pública (5,6).

Em uma busca bibliográfica sobre sífilis no Estado de Mato Grosso, foram encontradas publicações, como a de Oliveira et al. (2014) (7), Oliveira et al. (2020) (8), Silva et al. (2017) (9) e Lara e Souza (2015) (10), que abordaram o tema no referido estado, mas até onde se tem conhecimento, esta é a primeira publicação que aborda a questão da sífilis em uma região de fronteira de Mato Grosso.

O enfoque da infecção sexualmente transmissível em uma região de fronteira internacional deve-se ao pensar no intenso fluxo de pessoas, aumentando o risco de disseminação de doenças, às diferenças culturais e sociais dessas regiões e a possíveis dificuldades no acesso a serviços de saúde (11). Considerando a necessidade de subsídio para políticas, programas e medidas provenientes do diagnóstico sobre a ocorrência de sífilis congênita na região, este estudo objetiva descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional e congênita em uma região fronteira do Estado de Mato Grosso.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, sobre a Região Oeste Mato-grossense, realizado a partir de dados secundários de sífilis gestacional e congênita, do período de janeiro de 2012 a dezembro de 2018.

A Região Oeste Mato-grossense é composta por 12 municípios: Cáceres, Araputanga, Curvelândia, Glória D'Oeste, Indivaí, Lambari D'Oeste, Mirassol D'Oeste, Porto Esperidião, Reserva do Cabaçal, Rio Branco, Salto do Céu e São José dos Quatro Marcos, sendo Cáceres, o município sede da região. Esta região faz fronteira com a cidade de San Matias, cidade periférica e isolada da Bolívia e mais três regiões de saúde de MT: Baixada Cuiabana, Médio Norte Mato-grossense e Sudoeste Mato-grossense.

O município de Cáceres, sede da região, se localiza na borda setentrional do Pantanal, a trinta minutos por via terrestre da divisa com a Bolívia, sendo a principal rota de ligação com San Matias e San Inácio do lado boliviano.

Os dados foram provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), obtidos via Sistema de Informação da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (DwWeb/SES-MT). As variáveis foram coletadas em duas etapas, sendo a primeira, referente à sífilis gestacional e a segunda para a sífilis congênita.

Em relação à sífilis gestacional, foram coletados os dados sociodemográficos maternos (faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, município e zona de residência), dados obstétricos e clínicos (classificação da doença, esquema de tratamento prescrito à gestante, se o parceiro foi tratado, esquema de tratamento prescrito ao parceiro e motivo para não tratamento do parceiro).

Para a sífilis congênita foram considerados os dados sociodemográficos maternos (faixa etária, raça/cor da pele, ocupação e escolaridade), obstétrico e clínicos (se realizou pré-natal nesta gestação, o momento do diagnóstico da sífilis materna, esquema de tratamento da sífilis materna e se o parceiro foi tratado concomitantemente a gestante).

O processamento e análise desses dados foram realizados no software Excel 2016.

As variáveis foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas. Para o cálculo da taxa de detecção de sífilis em gestantes foi utilizado o número de casos notificados por ano, dividido pelo número de NV no mesmo ano, multiplicado por 1.000. Para o cálculo da incidência de sífilis congênita foi utilizado o número de casos novos por ano, dividido pelo número de NV no mesmo ano, multiplicado por 1.000 (12).

Este estudo faz parte do projeto matricial “Análise de Governança nas Regiões de Saúde do Estado de Mato Grosso e das Redes de Atenção à Saúde instituídas neste estado”, registro CAAE: 57859816.0.0000.554, parecer do Comitê de Ética 1.689.636, e do projeto a ele vinculado “Gestão regional: APS e rede de atenção à saúde (RAS) nas regiões do estado de Mato Grosso” (Projeto financiado pela FAPEMAT).

3 RESULTADOS

Na Região Oeste Mato-grossense, no período de 2012 a 2018, foram notificados 167 casos de sífilis gestacional, o que corresponde à taxa de detecção de 7,96 a cada 1.000 NV. No mesmo período, foram identificados 54 casos de sífilis congênita, com taxa de incidência de 2,58 a cada 1.000 NV (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta os dados de sífilis gestacional e congênita e suas respectivas proporções e taxas por ano de ocorrência. Nela, nota-se um aumento gradual nos casos notificados de sífilis gestacional a partir de 2015, e a maior frequência de casos (n= 46) foi registrada em 2018. Quanto à sífilis congênita, destacam-se as taxas acima de 4 casos para 1.00 NV a partir de 2017.

Tabela 1- Taxas de detecção e incidência de casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), na Região Oeste Mato-grossense (2012-2018).

Ano	NV	Sífilis em gestantes			Sífilis congênita				
		N=167	%	Taxa de detecção	de	N=54	%	Taxa incidência	de
2012	2.918	10	5,99	3,43		2	3,70	0,69	
2013	2.929	24	14,37	8,19		10	18,52	3,41	
2014	3.028	16	9,58	5,28		1	1,85	0,33	
2015	3.079	18	10,78	5,85		4	7,41	1,30	
2016	2.789	19	11,38	6,81		9	16,67	3,23	
2017	3.081	34	20,36	11,04		14	25,93	4,54	
2018	3.143	46	27,54	14,64		14	25,93	4,45	
2012 a 2018	20.967	167	100,00	7,96		54	100,00	2,58	

Fonte: SES/MT. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Data Warehouse - Sífilis em gestante [Internet]. 2021 (13);. Data Warehouse - Sífilis congênita [Internet]. 2021 (14); DATASUS. Brasil. Ministério da Saúde. TabNet Win32 3.0: Nascidos vivos - Brasil [Internet]. 2020 (15).

A maioria das gestantes diagnosticadas com sífilis era da faixa etária de 20 a 29 anos (52,10%), da raça/cor parda (66,47%), residente em Cáceres (64,67%) e na zona urbana (88,02%). Quanto à escolaridade, 38,32% possuíam ensino fundamental incompleto/completo, porém, salienta-se que 31,74% das fichas de notificação não continham essa informação (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição das gestantes com sífilis (N=167), de acordo com as variáveis sociodemográficas, Região Oeste Mato-grossense (2012-2018).

Variáveis	N= 167	%
Faixa Etária		
10 a 19 anos	46	27,54
20 a 29 anos	87	52,10
30 a 39 anos	31	18,56
40 a 49 anos	3	1,80
Raça/Cor da Paciente		
Amarela	2	1,20
Branca	33	19,76
Indígena	1	0,60
Parda	111	66,47
Preta	16	9,58
Ignorado/Branco	4	2,40
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto/Completo	64	38,32
Ensino Médio Incompleto/Completo	45	26,95
Ensino Superior Incompleto/Completo	5	2,99
Ignorado/Branco	53	31,74
Município		
Araputanga	10	5,99
Cáceres	108	64,67
Indiavaí	3	1,80
Lambari D'Oeste	8	4,79
Mirassol D'Oeste	19	11,38
Porto Esperidião	9	5,39
Reserva do Cabaçal	1	0,60
Rio Branco	1	0,60
Salto do Céu	2	1,20
São José dos Quatro Marcos	6	3,59
Zona de Residência		
Urbana	147	88,02

Rural	19	11,38
Ignorado/Branco	1	0,60

Fonte: SES/MT. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Data Warehouse - Sífilis em gestante [Internet]. 2021 (13).

*Os municípios de Curvelândia e Glória D'Oeste não apresentaram casos de sífilis gestacional no período estudado.

Os dados também revelaram que 49,7% das gestantes apresentaram sífilis primária, 45,51% realizaram o tratamento com Penicilina G benzatina 2.400.000UI e 9,58% não realizaram o tratamento. Os parceiros, em sua maioria (53,59%) não foram tratados concomitante à gestante, e 21,56% foram tratados com Penicilina G benzatina 2.400.000UI (Tabela 3).

O motivo do não tratamento do parceiro foi ignorado ou estava em branco em 49,1% (n=82) das fichas de investigação e em 12,57% e 7,78% das notificações o motivo foi a sorologia não reagente e a falta de comparecimento à unidade de saúde, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição das gestantes com sífilis (N=167), de acordo com as variáveis obstétricas, clínicas e do tratamento do parceiro, Região Oeste Mato-grossense (2012-2018).

Variáveis obstétricas e clínicas	N=167	%
Classificação clínica		
Primária	83	49,70
Secundária	11	6,59
Terciária	11	6,59
Latente	20	11,98
Ignorado/Branco	42	25,15
Esquema de tratamento prescrito à gestante		
Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	76	45,51
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	14	8,38
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	47	28,14
Outro esquema	12	7,19
Não realizado	16	9,58
Ignorado/Branco	2	1,20
Parceiro Tratado Concomitantemente à Gestante		
Sim	54	32,34

Não	89	53,29
Ignorado/Branco	24	14,37

Esquema de tratamento prescrito ao parceiro

Penicilina G benzantina 2.400.000 UI	36	21,56
Penicilina G benzantina 4.800.000 UI	4	2,40
Penicilina G benzantina 7.200.000 UI	21	12,57
Outro esquema	2	1,20
Não realizado	65	38,92
Ignorado/Branco	39	23,35

Motivo não tratamento do parceiro

Parceiro com sorologia não reagente	21	12,57
Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu	13	7,78
Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento	5	2,99
Parceiro não teve mais contato com a gestante	8	4,79
Outro motivo	38	22,75
Ignorado/Branco	82	49,10

Fonte: SES/MT. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Data Warehouse - Sífilis em gestante [Internet]. 2021 (13).

A maioria das mães que tiveram filhos com sífilis congênita tinha idade entre 20 e 29 anos (53,70%), se autodeclararam de raça/cor da pele parda (83,33%) e era dona de casa (51,85%). A maior parte delas (33,33%) possuía ensino fundamental incompleto/completo, porém, foram identificados 38,89% de registros sem a informação da escolaridade (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos casos de sífilis congênita (N=54) segundo variáveis sociodemográficas maternas, Região Oeste Mato-grossense (2012-2018).

Variáveis	N=54	%
Faixa Etária da mãe		
10 a 19 anos	19	35,19
20 a 29 anos	29	53,70
30 a 39 anos	4	7,41
Ignorado/Branco	2	3,70
Raça/cor		
Branca	5	9,26

Parda	45	83,33
Preta	4	7,41
Ocupação		
Dona de casa	28	51,85
Estudante	4	7,41
Outras	1	1,85
Desempregado	1	1,85
Ignorado/Branco	20	37,04
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto/Completo	18	33,33
Ensino Médio Incompleto/Completo	15	27,78
Ignorado/Branco	21	38,89

Fonte: SES/MT. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Data Warehouse - Sífilis congênita [Internet]. 2021 (14)

Ainda sobre as mães que tiveram filhos com sífilis congênita, verificou-se que 81,48% delas realizaram o pré-natal, 51,85% tiveram o diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 66,67% dos esquemas de tratamento prescritos foram considerados inadequados e 74,07% dos parceiros não foram tratados concomitantemente a elas (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos casos de sífilis congênita (N=54) segundo obstétricas e clínicas maternas, Região Oeste Mato-grossense (2012-2018).

Variáveis	N=54	%
Realizou pré-natal nesta gestação?		
Sim	44	81,48
Não	4	7,41
Ignorado/Branco	6	11,11
Diagnóstico de Sífilis Materna		
Durante o pré-natal	28	51,85
No momento do parto/curetagem	11	20,37
Após o parto	9	16,67
Ignorado/Branco	6	11,11
Esquema de tratamento prescrito à gestante		
Adequado	4	7,41

Inadequado	36	66,67
Não realizado	9	16,67
Ignorado/Branco	5	9,26
<hr/>		
Parceiro tratado concomitantemente à gestante		
<hr/>		
Sim	7	12,96
Não	40	74,07
Ignorado/Branco	7	12,96

Fonte: SES/MT. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Data Warehouse - Sífilis congênita [Internet]. 2021 (14).

4 DISCUSSÃO

Devido à sua localização, as regiões de fronteira, como a Região Oeste Mato-grossense, possuem um fluxo sazonal de turistas, o que pode potencializar a vulnerabilidade à difusão de doenças, principalmente as infecções sexualmente transmissíveis (16). Kirienko, Hermes-Uliana e Moreira (17) apresentam em seu estudo, que Mato Grosso, um dos 11 estados brasileiros com fronteira internacional, ocupa o sétimo lugar com maior número de notificações de sífilis congênita no período de 2011 a 2020.

As taxas de detecção de sífilis gestacional na Região Oeste Mato-grossense podem estar associadas, em parte, à expansão da cobertura de testagem na atenção básica, à ampliação da cobertura da ESF na região, à baixa proporção de consultas pré-natal realizadas, ao não tratamento do parceiro e à obrigatoriedade do uso do teste rápido de sífilis na atenção básica (18), estabelecida pela Portaria N.º 77, de 12 de janeiro de 2012, no Brasil. Quanto a este último aspecto, estudos como os de Lin, Eder e Bean (19) consideram que o uso de testes rápidos de sífilis pode produzir rapidamente o aumento na notificação de casos, impactando nas taxas de detecção de sífilis em gestantes.

O aumento gradual dos casos de sífilis em gestantes também pode refletir piora da situação, como maior transmissão da doença por falhas na prevenção e controle da doença (20), a falta de esclarecimentos da população e até dos profissionais sobre a doença e as suas consequências (21). Um estudo realizado em Mato Grosso indicou possível subnotificação de casos de sífilis em parturientes (10), o que significa que o número real de casos pode ser ainda maior do que os descritos da Região Oeste Mato-grossense.

Quanto às variáveis sociodemográficas dos casos de sífilis gestacional, a faixa etária jovem, a raça/cor da pele parda e a baixa escolaridade identificadas neste estudo corroboram os

resultados de Cavalcante et al. (22), mas não significam que esses subgrupos populacionais estejam em maior risco, pois são os que predominam na população estudada.

Apesar de a sífilis primária ter sido a mais notificada neste estudo e em outros (17,20), Cardoso et al. (25) afirmam que o diagnóstico de sífilis primária em gestantes é raro, visto que os sinais nessa fase são quase imperceptíveis, se manifestando como uma úlcera que ocorre no local de entrada da bactéria, indolor, de curta permanência e geralmente localizados em regiões corporais de visualização limitada. Os autores ainda descrevem que a maioria dos diagnósticos pode ocorrer na fase latente ou tardia. Conceição, Câmara e Pereira (26) explicam que a predominância de notificações nesta fase pode estar associada à alguma dificuldade dos profissionais em classificar a doença. O diagnóstico equivocado, por sua vez, pode levar ao tratamento incorreto, como revelam os dados deste estudo. Por exemplo, o esquema terapêutico com Penicilina G benzatina 2.400.000 UI é adequado à classificação de sífilis primária, secundária e latente recente, no entanto, foi indicado para 45,5% das gestantes. Este percentual está aquém da soma das gestantes classificadas nestas fases, pois, se considerarmos apenas as gestantes com sífilis primária, 49,70% deveriam ter recebido esta prescrição. Logo, infere-se que tenha ocorrido alguma falha na classificação da doença que levou à prescrição equivocada do esquema terapêutico.

O descompasso entre a classificação da sífilis e a prescrição do tratamento também pode ser exemplificado a partir dos dados sobre o esquema terapêutico com Penicilina G benzatina 7.200.000 UI, recomendado para sífilis latente tardia e sífilis terciária (27). Somando-se os percentuais de sífilis terciária e latente (pois não é possível separar o percentual de gestantes classificadas com sífilis latente recente e tardia), menos de 20% das gestantes deveriam ter recebido essa prescrição, e não 28,14% como apontam os dados.

Estudos apontam que a possível falta de conhecimento por parte dos profissionais em relação à sífilis, a baixa familiaridade com protocolos assistenciais e dificuldades na abordagem de doenças sexualmente transmissíveis têm se mostrado desafiadores para o controle e monitoramento da doença (21,28,29).

Sobre os parceiros, a maioria não recebeu o tratamento concomitantemente às gestantes, o que impossibilita a interrupção da cadeia de transmissão da doença e aumenta a probabilidade de reinfecção e de sífilis congênita (27,30).

Em relação à sífilis congênita, exceto em 2014, nos demais anos as taxas extrapolam a meta proposta pela PAHO, de 0,5 casos para 1.000 NV (31). Considerando que a sífilis congênita é um indicador da qualidade da assistência pré-natal, haja vista que sua ocorrência é

consequência da sífilis gestacional não tratada ou tratada inadequadamente (32), os achados do presente estudo evidenciam a gravidade da questão na região.

Outro detalhe interessante a ser destacado é o aumento expressivo de notificações de sífilis congênita a partir de 2016, que pode ser explicado pela dificuldade dos municípios mato-grossenses de adquirir a Penicilina benzatina 1.200.000UI em 2016 (33). Também se destaca que entre as gestantes com sífilis, em 2012, 20% tiveram filhos com sífilis congênita e em 2018, 28,26% evoluíram para sífilis congênita, evidenciando falhas na implementação da política da assistência ao pré-natal.

O perfil sociodemográfico das mães que tiveram filhos com sífilis congênita foi semelhante ao observado entre as gestantes diagnosticadas com sífilis no mesmo período. Tais achados são semelhantes aos observados em outros estudos (22,26,34), inclusive no estudo de Silva et al. (35), realizado em um município da Região Sul Mato-grossense.

Ainda sobre os casos de sífilis congênita, a caracterização do perfil materno apontou que a maioria das mães realizaram pré-natal, no entanto, pouco mais da metade delas tiveram o diagnóstico de sífilis materna durante ele. As demais tiveram o diagnóstico confirmado durante ou após o parto/curetagem. Tais dados reforçam as falhas na assistência pré-natal e corroboram os achados de outros estudos (25,36). Por outro lado, apesar das falhas, não se pode desconsiderar a importância do diagnóstico da sífilis no momento ou após o parto, a fim de garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce (37).

Outro indicador que chama a atenção diz respeito ao esquema de tratamento prescrito à gestante, que em sua maioria, foi inadequado. Considera-se tratamento adequado aquele administrado de forma completa para o correto estágio clínico diagnosticado da sífilis e se inicia até 30 dias antes do parto. Todas as outras situações que não se enquadram nesses critérios são consideradas como tratamento inadequado (27). Berman (38), em seu estudo, estimou que o tratamento de sífilis em gestantes, se administrado adequadamente, resulta em, no mínimo, 97% de redução da sífilis congênita. Um estudo realizado em Mato Grosso, entre 2001 e 2011 apresentou resultado similar (7), e um estudo realizado em São José do Rio Preto, São Paulo, no período de 2007 a 2016, além do resultado semelhante, seus autores complementaram que o tratamento inadequado, tanto das gestantes quanto dos parceiros, é um dos principais aspectos para ocorrência da sífilis congênita (12).

No que concerne ao tratamento dos parceiros, este estudo apresentou resultados preocupantes, em que quase 75% deles não foram tratados concomitantemente à gestante. Um estudo publicado em 2018, em Fortaleza, Ceará, identificou associação estatisticamente significativa entre a ausência do tratamento do parceiro e o fato do recém-nascido com sífilis

congênita apresentar sintomas ao nascer, alteração liquórica e até desfechos como aborto, natimorto ou óbito (25).

É importante citar o estudo de Saraceni et al., que descreveu o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e congênita em seis unidades federativas, sendo duas fronteiras internacionais, Amazonas e Rio Grande do Sul, apresenta um perfil de sífilis gestacional e congênita similares ao da Região Oeste Mato-grossense (exceto nas variáveis de raça/cor da pele de ambas doenças no Rio Grande do Sul, cujo dado predominante é a raça/cor branca) (39).

As altas taxas de detecção de sífilis gestacional e altas taxas de incidência de sífilis congênita da Região Oeste Mato-grossense indicam falhas na assistência pré-natal e demonstram a necessidade de educação permanente sobre sífilis aos profissionais e ações educativas para a população. Em contrapartida, não se pode descartar melhorias na notificação dos casos.

Os resultados deste estudo apresentaram um elevado número de campos em branco ou ignorados, sendo este um aspecto frequente em outros estudos sobre sífilis que também utilizaram fontes oficiais de dados secundários (40,41). Apesar da pretensa obrigatoriedade do preenchimento correto das fichas de notificação compulsória, o não preenchimento ainda ocorre, comprometendo a informação e podendo ser decorrente da falta de conhecimento e/ou capacitação dos profissionais de saúde (42). Essa incompletude de dados associada a possíveis subnotificações representa uma limitação neste estudo.

5 CONCLUSÃO

Os dados revelam falhas no pré-natal, evidenciadas pelo diagnóstico tardio da sífilis (no momento do parto ou curetagem), pelos equívocos na classificação da doença e na prescrição do tratamento e pelo não tratamento do parceiro, resultando em casos de sífilis congênita. Tais achados revelam a necessidade de intervenções educativas, para os profissionais e para a própria população.

Nessa perspectiva, recomenda-se estudos mais aprofundados no Estado de Mato Grosso sobre a sífilis em gestantes e sífilis congênita e as consequências do tratamento inadequado. Espera-se que este estudo contribua para fomentar debates e intervenções para o aperfeiçoamento do serviço, redução de casos e oferta de uma assistência ao Pré-natal que corresponda as necessidades das demandas considerando o que preconiza o manual de assistência ao pré-natal, em especial ao controle da sífilis, tanto em regiões de fronteira quanto em todo o território brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Klausner JD, Hook III EW, III EWH. Doenças sexualmente transmissíveis – Current: Diagnóstico e Tratamento. Revinter, editor. 2011. 246 p.
2. Silveira MF, de Leon RGP, Becerra F, Serruya SJ, de Leon RGP, Becerra F, et al. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: a multicountry analysis. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2019 Mar 15 [cited 2019 Oct 21];43:1. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50480>
3. Su JR, Brooks LC, Davis DW, Torrone EA, Weinstock HS, Kamb ML. Congenital syphilis: Trends in mortality and morbidity in the United States, 1999 through 2013. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Mar 1;214(3):381.e1-381.e9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial - Sífilis 2021. 2021. 57 p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial Sífilis 2019 [Internet]. Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2019. Available from: <http://files/1838/2019, Brasil, Boletim Epidemiológico Especial Sífilis 2019.pdf>
6. Costa JSD, Victora CG. O que é “um problema de saúde pública”? *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(1):144–6.
7. Oliveira LR de, Costa M da CN, Barreto FR, Pereira SM, Dourado I, Teixeira MG. Evaluation of preventative and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2014 Jun [cited 2023 May 12];47(3):334–40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822014000300334&lng=en&tlng=em
8. Oliveira LR de, Santos ES dos, Souto FJD. Syphilis in pregnant women and congenital syphilis: spatial pattern and relationship with social determinants of health in Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2020;53.
9. Silva LCVG, de Jesus Teodoro C, Silva JK, da Silva Santos DA, Olinda RA, Teodoro C de J, et al. Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. *J Heal NPEPS*. 2017;2(2):380–90.
10. Lara CA de, Souza MR de. Estudo para estimativa da prevalência de HIV e Sífilis em parturientes, com base em dados secundários no Estado de Mato Grosso 2010/2011. *BIS Bol do Inst Saúde*. 2015;16(2):81–7.
11. Hortelan M dos S, Almeida M de L de, Fumincelli L, Zilly A, Nihei OK, Peres AM, et al. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2019 Mar 10 [cited 2023 May 31];32(2):229–36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200229&tlng=pt
12. Maschio-Lima T, de Lima Machado IL, Siqueira JPZ, Almeida MTG, Machado IL de L, Siqueira JPZ, et al. Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet].

2019 Jul 28;19(4):865–72. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292019000400865&tlng=em

13. SES/MT. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Data Warehouse - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - Sífilis em gestante [Internet]. 2021. Available from: <http://www.saude.mt.gov.br/aplicativo/dw/pesquisa/>

14. SES/MT. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Data Warehouse - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - Sífilis congênita [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 29]. Available from: <http://www.saude.mt.gov.br/aplicativo/dw/pesquisa/>

15. DATASUS. Brasil. Ministério da Saúde. TabNet Win32 3.0: Nascidos vivos - Brasil [Internet]. 2020. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

16. Peiter PC. A Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio. Universidade Federal do Rio de Janeiro, IGEO/PPGG. UFRJ; 2005.

17. Kirienco MS, Hermes-Uliana C, Moreira NM. Sífilis congênita em regiões de fronteira internacional brasileira: uma realidade preocupante. Arq Ciências da Saúde da UNIPAR [Internet]. 2022 Nov 4 [cited 2023 May 18];26(3). Available from: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/8964>

18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexua. 2012.

19. Lin JS, Eder ML, Bean SI. Screening for Syphilis Infection in Pregnant Women: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA [Internet]. 2018 Sep 4 [cited 2022 Feb 2];320(9):918–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30193282/>

20. Sousa KAA de, Damasceno ANM, de Carvalho Rocha CP, Sousa LS, Furtado DRL, de Sousa e Silva MM, et al. Caracterização da Sífilis diagnosticada a partir da tecnologia teste rápido em serviço de referência na capital Teresina. Rev Ciência Plur [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 2];6(Suplemento 1):18–30. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/20720/13107>

21. Resplande CA, Rocha GG, Fraga GG, Gomes JM, Santos JPV, Moura LR. A falha na prevenção, subnotificação e conhecimento da sífilis congênita. Rev Educ em Saúde [Internet]. 2019;7(Suplemento 1):223–8. Available from: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/3773/2621>

22. Cavalcante GS, do Nascimento Araujo Paula MD, Nascimento NS, da Silva Conceição M, da Silva Souza CW, Costa RSL, et al. Sífilis em gestantes no Acre: uma análise do período compreendido entre 2015 a 2020. Rev Enferm Contemp. 2021;10(2):233–40.

23. Guimarães WSG, Parente RCP, Guimarães TLF, Garnelo L. Access to prenatal care and quality of care in the family health strategy: Infrastructure, care, and management. Cad Saude

Publica. 2018;34(5).

24. Nogueira EC, Souto BOV, Matos BA de, Silva CP, Brito END, Oliveira NSS, et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional: uma análise comparativa entre Minas Gerais e Brasil. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 14];11(1). Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24584/21769>

25. Cardoso ARP, Araújo MAL, do Socorro Cavalcante M, Frota MA, de Melo SP, Cavalcante M do S, et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(2):563–74.

26. Conceição HN da, Câmara JT, Pereira BM, Conceição D. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde em Debate*. 2019;43(123):1145–58.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. 1–248 p.

28. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in primary care for the prevention of congenital syphilis. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25.

29. Coelho JMR, Dantas FCS, Pena LTG, Barbosa JJ, Costa CM, Ferreira LI, et al. Sífilis: um panorama epidemiológico do Brasil e do município de Volta Redonda/RJ. *Brazilian J Heal Rev* [Internet]. 2018;1(1):128–47. Available from: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/642>

30. Cabral BTV, da Costa Dantas J, da Silva JA, de Oliveira DA, Távina B, Cabral V, et al. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. *Rev Ciência Plur* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 20];3(3):32–44. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13145>

31. PAHO. Pan American Health Organization. Elimination of mother to child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016 [Internet]. Washington, D.C; 2017. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34072/9789275119556-eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

32. Rezende EMA, Barbosa NB. A Sífilis Congênita como Indicador da assistência de pré-natal no estado de Goiás. *Rev APS* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 15];18(2):220–32. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15536>

33. SES/MT. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. Resolução CIB/MT N° 032, de 12 de maio de 2016. Dispõe sobre a distribuição de Penicilina Benzatina 1.200.000UI aos municípios de Mato Grosso. 2016.

34. Oliveira BC de, Pasqualotto E, Barbosa JSC, Daltro VN, Cruz IL da, Lopes NA, et al. Sífilis congênita e sífilis gestacional na região sudeste do Brasil: um estudo ecológico. *Brazilian J Heal Rev*. 2021;4(6):27642–58.

35. Silva LCVG, Teodoro C de J, Silva JK, Santos DA da S, Olinda RA. Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso. *J Heal NPEPS* [Internet]. 2017

Dec 1 [cited 2023 May 12];2(2):380–90. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2656>

36. Lafetá KRG, Júnior HM, Silveira MF, Paranaíba LMR, Júnior HM, Silveira MF, et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jan 15];19(1):63–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2016000100063&lng=pt&tlng=pt

37. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST: Manual de Bolso [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2017 Sep 9]. 108 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlado_enfermedades_sexualmente_transmisibles.pdf

38. Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2004 [cited 2022 Mar 16];82(6):433–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15356936/>

39. Saraceni V, Pereira GFM, Da Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE, Silveira MF Da, et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: Dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 15];41(1):1–8. Available from: <http://portalsinan>.

40. Alves PIC, Scatena LM, Haas VJ, de Souza Castro S, Castro S de S, de Souza Castro S. Temporal evolution and characterization of congenital syphilis cases in Minas Gerais, Brazil, 2007-2015. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(8):2949–60.

41. Belo MM de A, Oliveira CM de, Barros SC de, Maia LT de S, Bonfim CV do, de Albuquerque Belo MM, et al. Estimativa da subnotificação dos óbitos por sífilis congênita no Recife-Pernambuco, 2010-2016: relacionamento entre os sistemas de informações sobre mortalidade e de agravos de notificação. *Epidemiol e Serv saude* [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 31];5. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000300009>

42. Soares MAS, Aquino R. Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2021;30(4):2007–17.